

医療機関受診証明書

大阪府立西寝屋川高等学校

.....年.....組 氏名.....

<p>一 般 疾 病 ・ 外 傷</p>	<p>診断名 <input type="text"/></p> <p>制限内容・期間等</p> <input type="text"/>
<p>学 校 感 染 症</p>	<p>診断名 <input type="text"/></p> <p>出席停止期間 (月 日 ~ 月 日)</p> <p>特記事項</p> <input type="text"/>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名、住所</p> <p>医 師 名 印</p>	